

# Sabina Braun

www.sb-seniorenbetreuung.de

Hauswirtschaft ~ Betreuung ~ Pflege



## SB Seniorenbetreuung Sabina Braun

Litschengarten 5  
76833 Walsheim



Sabina Braun

### Ihr Fragebogen

Wir benötigen diese Informationen um für Sie ein detailliertes und unverbindliches Angebot unsererseits erstellen zu können, sowie dem Auswahlverfahren von Betreuungspersonal.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung. Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns bei weiteren Fragen mit Ihnen in Verbindung setzen. Wir versichern Ihnen, dass wir die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandeln und Ihre Daten nur zum Zwecke der Vermittlung verwenden werden.

Bitte bedenken Sie, dass unzutreffende oder falsche Angaben in diesem Fragebogen bei einem zustande kommen eines Dienstleistungsvertrages nachträglich zur Kündigung dieses Vertrages führen kann. **Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.**

**Zunächst benötigen wir persönliche Angaben der zu betreuenden Person oder des Paares.**

Vorname/n \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ Kg Pflegegrad \_\_\_\_\_

### 2. Person

Vorname/n \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ Kg Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Zuständiger Ansprechpartner oder Betreuer:**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E Mail \_\_\_\_\_

**Ab wann soll die Betreuung stattfinden?** \_\_\_\_\_ **Datum**

**Wer soll Vertragspartner werden?**       Ansprechpartner     Leistungsempfänger

**Verhältnis zum Leistungsempfänger bitte eintragen.**

---

---

---

**Angaben zur Pflege:**

- |                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| Mobilität          | <input type="radio"/> kann alleine laufen<br><input type="radio"/> Rollstuhl   | <input type="radio"/> kann mit Hilfe laufen<br><input type="radio"/> bettlägerig   |
| Geistiger Zustand: | <input type="radio"/> klar<br><input type="radio"/> apathisch<br><input type="radio"/> verwirrt  | <input type="radio"/> dem Alter normal<br><input type="radio"/> teilnahmslos   |
| Toilette:          | <input type="radio"/> selbständig<br><input type="radio"/> Teilinkontinenz   | <input type="radio"/> mit Hilfe<br><input type="radio"/> Vollinkontinenz   |
| Krankheiten:       | <input type="radio"/> Alzheimer<br><input type="radio"/> Asthma<br><input type="radio"/> Bluthochdruck<br><input type="radio"/> Dauerkatheter<br><input type="radio"/> Demenz<br><input type="radio"/> Depressionen<br><input type="radio"/> Diabetes<br><input type="radio"/> Druckgeschwür | <input type="radio"/> Herz-Kreislaufferkrankungen<br><input type="radio"/> künstlicher Darmausgang<br><input type="radio"/> MS-Patient<br><input type="radio"/> Osteoporose<br><input type="radio"/> Parkinson<br><input type="radio"/> Schlaganfall<br><input type="radio"/> Schwerhörigkeit<br><input type="radio"/> Tumor/Krebserkrankungen |

**Sind weiteren Krankheiten bekannt?** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Betreuung:**

24 Stunden Betreuung \_\_\_\_\_ Tage / Monat

stundenweise Betreuung \_\_\_\_\_ Std. / Tag \_\_\_\_\_ Tage / Woche

Regelmäßige Nacharbeit:  ja  nein  unklar

Wenn Ja  ungestört  Gelegentlich  oft erhebliche Unruhe  regelmäßige Betreuung

**Ist ein Pflegedienst beauftragt?**  ja  nein

**Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?**  ja  nein

**Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst und wie oft?**

---

---

---

**Gewünschte Betreuungsdauer:**  Langfristig  Kurzzeitig  Steht noch nicht fest

**Allgemeine Aufgaben:**

Spaziergänge  Spiele/Fernsehen  Besuch von Veranstaltungen  Gemeinsame Ausflüge

Ihr Wunsch:

---

---

---

**Folgende Tätigkeiten sind notwendig:**

Hilfe bei der Grundpflege  ankleiden  waschen / duschen / baden  Windeln wechseln

Essen geben  24 Stunden Rufbereitschaft  Hauswirtschaftliche Versorgung  Kochen

Wäsche waschen  bügeln  Einkaufen gehen  Reinigung der Wohnung  Gartenpflege

Haustiere füttern / ausführen  Auto fahren  zum Arzt begleiten

kleine Reparaturen in der Wohnung / Haus

**Ihr Wunsch:**

---

---

**Angaben zum Haushalt:**

Art des Haushaltes:             Wohnung     Haus     Wohnfläche ca. \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

Ist Gartenarbeit erwünscht?    ja     nein                     Gartenfläche ca. \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

Haustierpflege erwünscht?    ja     nein                     Art des Haustieres \_\_\_\_\_

Ist ein Auto vorhanden?         ja     nein

Gibt es einen Internetzugang?         ja     nein.

Im Haushalt wohnen insgesamt \_\_\_\_\_Person/en

Kann für die Betreuungskraft ein Zimmer zur Verfügung gestellt werden?     ja     nein

**Weitere Angaben:**

---

---

---

**Ihr Betreuungspersonal:**

weiblich     männlich     2 Personen             egal

Alter:                            ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Jahre                             unwichtig

Beruf:                             Betreuungskraft     Hauswirtschaftskraft     unwichtig

**Benötigte Deutschkenntnisse:**

Grundkenntnisse                            verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig

erweiterte Grundkenntnisse            verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten

gute Kenntnisse                            einfache Unterhaltung ist möglich

sehr gute Kenntnisse                    Unterhaltung ist ohne Einschränkung möglich

**Besteht die Möglichkeit, sich mit Hilfe einer anderen Sprache zu verständigen?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Pflegeerfahrung:     ja     nein

Kochkenntnisse:     ja     nein

Raucher:             ja     nein     egal

Bei der Betreuung steht der Betreuungskraft mindestens ein freier Tag pro Woche zur Verfügung. Der Tag wird nach beidseitiger Absprache geregelt. Besteht die Möglichkeit, dass die Betreuungskraft auch an mehreren Tagen in der Woche einige Stunden frei hat?

ja     nein

Wenn ja, wann sind die Zeiten bzw. wer ist die Person, die eine Vertretung übernimmt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie soll die Verpflegung sichergestellt werden?**

Selbstverpflegung     mit Familie     Sonstige \_\_\_\_\_

Wir werden versuchen Ihre Wünsche weitgehend zu erfüllen und für Sie das geeignetste Personal mit möglichst guten Deutschkenntnissen zu finden.

Die nächsten größeren 2 Bahnhöfe sind:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Wer holt die Betreuungskraft ab?**

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Hier ist Platz für weitere Details, die für die Betreuung von Bedeutung sein könnten oder für Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:

( z.B.: kräftige Person, Hobbys, Tierliebe etc. ; bitte in der Reihenfolge der Wichtigkeit )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten.

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

*Vielen Dank für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens.  
Bitte senden Sie den Fragebogen per Post, Fax oder E-Mail an mich zurück.*

Es grüßt Sie

*Sabina Braun*

Sie erreichen mich unter:

Telefon 0 63 41 - 5 11 34    Fax 0 63 41 . 95 96 73    Mail [info@sb-seniorenbetreuung.de](mailto:info@sb-seniorenbetreuung.de)

Um unsere Angebote zielgerichtet zu präsentieren bitten wir Sie um die Beantwortung dieser Frage.

Wie sind Sie auf unser Unternehmen aufmerksam geworden?

Internet     Presse     Empfehlung

*Vielen Dank.*